Ihr Recht als Patient:in

Von Diagnosestellung bis Nachsorge



Patienten-/Patientinnenrechte



Als Patient:in ist die Navigation durch das österreichische Gesundheits- und Sozialversicherungssystem oft nicht einfach.

Diese Broschüre begleitet Sie Schritt für Schritt auf Ihrem Weg von **Diagnosestellung über Behandlung und Therapie bis hin zu Nachsorge.** Verständlich und praxisbezogen werden Sie über Unterstützungsmöglichkeiten und Ihr Recht als Patient:in aufgeklärt. Sie ist ein Ratgeber, der Ihnen in einer schwierigen Situation Sicherheit geben und Ihren Genesungsprozess unterstützen kann.

Die Broschüre wurde in Zusammenarbeit mit **Frau Dr. Maria-Luise Plank** erstellt.

MIT CHECKLISTE: VORBEREITUNG AUF IHR ÄRZTLICHES GESPRÄCH



Diagnose & Therapieentscheidung

06 **Recht auf Information**

08 **Therapieentscheidung, Therapiefreiheit und Patienten-/Patientinnen-autonomie**

12 **Zweitmeinung**

14 **Freie Arzt-/Ärztinnenwahl**

Therapie

16
Behandlung und Pflege

18
Recht auf optimale/ zweckmäßige Therapie

20
„Selbstbestimmung“ in der Praxis

22
Versorgung mit Medikamenten

24
Chefärztliche Bewilligung - ABS-System

26
Rezeptgebühr und -befreiung

28
ELGA, E-Medikation und E-Rezept

32
Telemedizin

34
Heilbehelfe und Hilfsmittel

36
Kassenerstattung – Durchsetzung von Rechten

38
Unterstützung durch Krankengeld

40
Pflegegeld bei länger dauernder Hilfsbedürftigkeit



Nachsorge

42
Rehabilitationsgeld

43
Wiedereingliederungsgeld

44
Berufsunfähigkeitspensionen

44
Medizinische Rehabilitation

46
Kuraufenthalte

47
Berufliche Rehabilitation Umschulung

48
Behindertenpass

50
Anlaufstellen

Vorwort

Patient:in und Arzt/Ärztin als Team

Patient:in und Arzt/Ärztin funktionieren nur als Team gut. Ein Team, das partizipativ Entscheidungen findet und trifft, auch entsprechend der mit ihren Rollen verknüpften Erwartungen – und transparent die wichtigsten Informationen austauscht: je besser die Patienten/Patientinnen informiert sind, desto besser werden sie auch die empfohlenen Behandlungen mittragen. Darauf zu schauen, dazu sind wir als Ärzte/Ärztinnen verpflichtet. Und je offener die Patienten/Patientinnen mit uns Ärzten/Ärztinnen kommunizieren, desto leichter wird es uns fallen, sensibel auf deren Bedürfnisse einzugehen. Dazu gehört auch, eine gesamtheitliche Sicht auf die Erkrankung und das biopsychosoziale Krankheitsbild miteinzubeziehen – dementsprechend sind biologische, psychische und soziale Faktoren für sich genommen und in ihren komplexen Wechselwirkungen zu berücksichtigen.

Dr. Johannes Steinhart
Präsident der Österreichischen Ärztekammer



Besserer Behandlungserfolg durch aufgeklärte Patienten/Patientinnen

Alle Patienten/Patientinnen müssen sich darauf verlassen können, dass bei jeder medizinisch notwendigen Maßnahme an Körper, Geist und Seele der eigene Wille entscheidend ist und dass die Würde in jeder Situation gewahrt bleibt. Viele Menschen sehen sich aber als Patient:in ihren Helfern gegenüber in einer schwächeren Position. Mit den Patienten-/Patientinnenrechten wird konsequent eingefordert und verfolgt, dass jede:r Patient:in in seiner/ihrer Behandlung und Pflege als gleichwertige:r Partner:in in seinem/ihrem Heil- und Pflegeprozess anzusehen ist. Besonders die Vorstellung, einmal Patient:in zu werden, soll keine angsterregende Aussicht sein. Die Patienten-/Patientinnenrechte müssen mit Wort und Tat erfüllt werden und in der täglichen Praxis der Gesundheitsberufe umgesetzt werden.

Entscheidungen im Behandlungsprozess gründen sich auf die Patienten-/Patientinnenrechte. Aufgeklärte Patienten/Patientinnen haben, wie viele Studien zeigen, einen besseren Behandlungserfolg als Patienten/Patientinnen, die ihre Rechte nicht kennen. Aufgeklärte Patienten/Patientinnen können im Behandlungsprozess optimal partizipieren und ihre jeweiligen Vorstellungen und Bedürfnisse bestens einbringen.

Dr. Gerald Bachinger
Patienten-/Patientinnenanwalt

Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer

Für eine bestmögliche Behandlung

Patienten-/Patientinnenrechte sind in einem modernen und gut funktionierenden Gesundheitssystem wesentliche Eckpfeiler. Sie schützen und unterstützen Patienten/Patientinnen und garantieren eine bestmögliche Behandlung aller Menschen in Österreich. Damit Patienten-/Patientinnenrechte wahrgenommen und auch eingefordert werden können, braucht es informierte, aufgeklärte und mündige Patienten/Patientinnen. Voraussetzung dafür sind eine umfassende und verständliche Aufklärung und Informationsvermittlung. Das persönliche Beratungsgespräch zwischen Apothekern/Apothekerinnen und Patienten/Patientinnen über die individuelle Medikation und Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge fördert und stärkt gezielt die Patienten-/Patientinnenrechte.

Diagnose & Therapieentscheidung

Kommen Sie aufgrund einer Erkrankung zu einem/einer Arzt/Ärztin, wird diese:r versuchen, anhand

- **eines ärztlichen Behandlungsgesprächs**
- **einer körperlichen Untersuchung**
- **spezieller Tests**
- **bildgebender Verfahren** *(Röntgen, Ultraschall, MR, CT)*
- **oder Laboruntersuchungen**

eine Diagnose zu stellen. Die korrekte und umfassende Diagnose ist der erste wichtige Schritt für eine richtige Behandlung.

RECHT AUF INFORMATION

Als Patient:in haben Sie das Recht auf die „Wahrheit am Krankenbett“. Das bedeutet, dass Sie der/die Arzt/Ärztin über eine gesicherte Diagnose aufklären muss. Auch eine Verdachtsdiagnose muss Ihnen der/die Arzt/Ärztin mitteilen und Sie darüber informieren, welche weiteren notwendigen Abklärungsschritte gemacht werden sollen.

Sind weitere Untersuchungen, Konsultationen anderer Fachärzte/-ärztinnen oder spezielle Untersuchungen notwendig, muss Ihnen der/die Arzt/Ärztin Überweisungen ausstellen und Fachärzte/-ärztinnen, Institute oder Spitäler bekanntgeben.



info

AUFKLÄRUNGSPFLICHT & BRINGSCHULD

Ärzte/Ärztinnen unterliegen der Aufklärungspflicht und Bringschuld. Was bedeutet das?

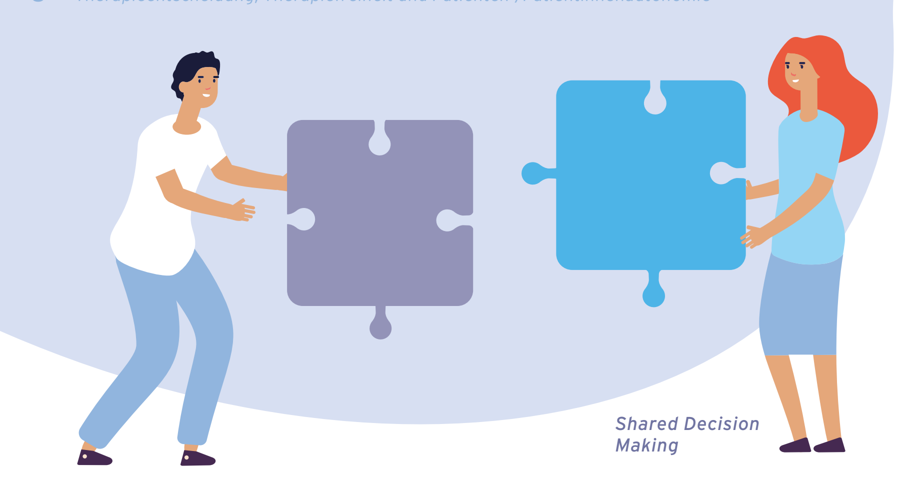
Ärzte/Ärztinnen sind dazu verpflichtet, von sich aus Patienten/Patientinnen sämtliche Informationen und Befunde der Krankenakte mitzuteilen, zu erläutern und in Kopie zur Verfügung zu stellen.

Checkliste Diagnose

- ○ Handelt es sich um eine gesicherte Diagnose?
- ○ *Bei Verdachtsdiagnose:* Wie geht es weiter? Welche Untersuchungen oder Tests sind noch durchzuführen?
- ○ Stehen mir alle Testergebnisse zur Verfügung? *(z.B. Laborwerte, CT, MR, Röngtenbilder, EEG, EKG, ENG, histologischer oder zytologischer Befund)*
- ○ Habe ich die Diagnose verstanden? Was bedeutet sie künftig für meinen Alltag?
- ○ Gibt es eine Sprachbarriere? Wäre es eventuell besser, das Aufklärungsgespräch mit einem/einer Dolmetscher:in zu führen?

Tipp

In der elektronischen Gesundheitsakte ELGA finden Sie alle Befunde online in Ihrem Account.



THERAPIEENTSCHEIDUNG, THERAPIEFREIHEIT UND PATIENTEN-/PATIENTINNENAUTONOMIE

Das Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient:in ist ein ungemein wichtiger Faktor. Ein:e Arzt/Ärztin darf nicht einfach entscheiden, welche Therapie Sie machen müssen. Sie haben als Patient:in das **Recht auf Selbstbestimmung.** Das bedeutet, dass jeder Eingriff und jede Behandlung nur mit Ihrer Einwilligung durchgeführt werden darf.

Deshalb fällt der/die Arzt/Ärztin diese Entscheidung mit Ihnen gemeinsam. Dieses Konzept des **„Shared Decision Making“** sieht sowohl für Arzt/Ärztin als auch Patient:in eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess vor. Beide Seiten stellen Fragen und müssen über alle entscheidungsrelevanten Faktoren informiert sein.

Mehr Informationen zum Thema *Shared Decision Making* finden Sie in der Online-Schulung: **Gute Entscheidungen treffen – ärztliches Behandlungsgespräch**



https://selpers.com/blutkrebs/gute-entscheidungen-treffen-arzt-patienten-gespraech/



info

Wie kann ich mich für eine Therapie/ eine Operation entscheiden?

Der/die Arzt/Ärztin muss das Für und Wider jeder in Frage kommenden therapeutischen Maßnahme so erläutern, dass Sie in der Lage sind, die Tragweite Ihrer Entscheidung zu verstehen.

Hierfür ist eine korrekte **Therapieaufklärung** durch den/die Arzt/Ärztin Grundvoraussetzung. Diese Therapieaufklärung muss mündlich und zeitgerecht vor Therapiebeginn stattfinden. Das Überreichen eines Aufklärungsbogens allein reicht nicht aus.

Eine umfassende Therapieaufklärung sollte folgende Punkte umfassen:

- ein umfassendes Bild über die zur Verfügung stehenden Therapien
- die Vor- und Nachteile der Therapie
- die Erfolgsaussichten und Rückfallquoten der Therapie
- die Folgen einer „Nicht-Behandlung"
- die Intensität der Behandlung/des Eingriffs
- die Dauer der Behandlung/des Eingriffs
- die erforderlichen Nach- und Weiterbehandlungen
- die begleitenden Maßnahmen
- die Rehabilitationsmöglichkeiten
- gegebenenfalls die Dauer der Arbeitsunfähigkeit
- Hinweise und Aufklärung zu einer erforderlichen Ernährungsumstellung

Stehen verschiedene Therapien zur Verfügung, muss Sie der/die Arzt/Ärztin über Wichtigkeit und Dringlichkeit der Behandlung informieren und Ihnen mitteilen, wie lange eine **Überlegungsfrist** ohne gesundheitliche Schäden durch Therapieverzögerung möglich ist.



Habe ich alle wichtigen Informationen für eine Therapieentscheidung?

- ○ Kenne ich alle in Frage kommenden Therapiemöglichkeiten?
- ○ Was sind die Vor- und Nachteile der einzelnen Optionen?
- ○ Welche Kriterien sind für mich von besonderer Bedeutung?
- ○ Welche Therapiemöglichkeit erfüllt die meisten meiner Anforderungen an eine Therapie?
- ○ Bin ich sicher in meiner Entscheidung oder möchte ich vor der Therapie noch eine zweite Meinung einholen?

Worüber muss mich der/die Arzt/Ärztin aufklären, wenn er/sie mir ein neues Medikament verschreibt?

Vor Therapiebeginn mit einem neuen Arzneimittel achten Sie darauf, dass Ihr:e Arzt/Ärztin Sie über folgende Punkte aufgeklärt hat:

- **Empfohlene Dosierung**
- **Dauer der Einnahme**
- **Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen**
- **Folgen einer Nicht-Einnahme**

Wichtig: Der bloße Verweis des/der Arztes/Ärztin auf den Beipackzettel ist NICHT ausreichend.

Selbstbewusstes Auftreten im ärztlichen Behandlungsgespräch

Als Patient:in begibt man sich bei einer ärztlichen Konsultation immer in ein Abhängigkeitsverhältnis. Sie sind auf die Hilfe des/der Arztes/Ärztin angewiesen und sind kein:e Experte/Expertin auf dem Gebiet der Medizin. Daraus entstehen oft Unsicherheiten und Herausforderungen.



In dieser Online-Schulung lernen Sie, wie Sie selbstbewusst in ein Gespräch mit Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin gehen können.

https://selpers.com/kurs/selbstbewusstes-auftreten-als-patientin/

info

ZWEITMEINUNG

Sollten vor Beginn einer geplanten Therapie oder einer Operation Ihrerseits Unsicherheiten oder Zweifel bestehen, haben Sie die Möglichkeit, sich von weiteren Fachärzten/-ärztinnen eine Zweitmeinung einzuholen. Die erneute Begutachtung und Einschätzung Ihrer Krankheitssituation kann Ihnen Absicherung und Orientierung in Ihren Entscheidungen bringen.

Wer trägt die Kosten einer Zweitkonsultation?

Prinzipiell können Sie zu einem Thema so viele Ärzte/Ärztinnen konsultieren, wie Sie möchten. Bezogen auf die Finanzierung sollten Sie aber beachten, dass die österreichischen Krankenkassen derzeit die Einholung einer Zweitmeinung nicht als Kassenleistung akzeptieren.

Das bedeutet: Sie haben das Recht, ohne Überweisung 1x im Quartal eine:n Allgemeinmediziner:in und eine:n Facharzt/-ärztin pro Fachrichtung aufzusuchen. Zu diesen können Sie innerhalb des Quartals so oft gehen, wie es notwendig ist.

Möchten Sie jedoch innerhalb eines Quartals den/die Arzt/Ärztin wechseln oder eine Zweitmeinung einholen, müssen Sie vorher Ihre e-card bei der Krankenkasse freischalten lassen, um eine Kassenfinanzierung sicherzustellen.



Diese Checkliste hilft Ihnen dabei, vorbereitet in die Zweitkonsultation zu gehen:

- ○ Habe ich alle relevanten Befunde und Untersuchungsergebnisse für den Termin?
- ○ Steht eine Kopie meiner Krankengeschichte meinen behandelnden Ärzten/Ärztinnen zur Verfügung?
- ○ Was ist meine derzeitige Medikation/derzeitige Behandlung?

Mögliche Fragen an zweitbegutachtende Ärzte/Ärztinnen:

- ○ Was halten Sie von der Therapieempfehlung der anderen Ärzte/Ärztinnen?
- ○ Welche Behandlung empfehlen Sie mir?
- ○ Welche Belastungen habe ich zu erwarten?
- ○ Was kann gegen die Schmerzen getan werden?
- ○ Müssen zusätzliche Therapien durchgeführt werden oder gibt es Verhaltensempfehlungen?
- ○ Führt die Behandlung dazu, dass ich körperlich eingeschränkt bin?
- ○ Welche alternativen Therapien sind möglich und kann ich diese parallel erhalten?
- ○ Kann es geschehen, dass meine Behandlung abgebrochen werden muss? Wenn ja, gibt es dann andere Möglichkeiten?

FREIE ÄRZTE-/ÄRZTINNENWAHL

In Österreich besteht das Recht auf freie Ärzte-/Ärztinnenwahl. Demnach können Patienten/Patientinnen wählen, von welchem/welcher Arzt/Ärztin (Kassenarzt/-ärztin oder Privat- bzw. Wahlarzt/-ärztin, siehe unten) sie behandelt werden möchten.

Sofern die Behandlung in einer Krankenhausambulanz oder einer anderen Gesundheitseinrichtung notwendig wird, kann auch hier unter geeigneten gewählt werden.



Was ist der Unterschied zwischen Kassenärzten/-ärztinnen und Privat- bzw. Wahlärzten/-ärztinnen?

Kassenarzt/-ärztin haben einen Vertrag mit einer österreichischen Krankenkasse. Dieses Vertragsverhältnis bedeutet für Patienten/Patientinnen, dass sie die Behandlung nicht selbst bezahlen müssen, da der/die Arzt/Ärztin diese direkt mit der Krankenkasse abrechnet.

Privat- oder Wahlärzte/-ärztinnen haben keinen Vertrag mit einer Krankenkasse. Patienten/Patientinnen müssen die Behandlung selbst bezahlen und bekommen nach Einreichung der Honorarnote bei ihrer Krankenkasse einen Teilbetrag rückerstattet, sofern es sich um eine Kassenleistung handelt. Je nach Leistung und Krankenkasse kann dieser Betrag variieren.



Fallbeispiel

Auch Ihre Wahlarztrechnung können Sie bei Ihrer Krankenkasse einreichen. Unabhängig von der tatsächlichen Höhe Ihrer Rechnung erhalten Sie maximal 80% des Betrages zurück, den ein:e Kassenarzt/-ärztin von der Krankenkasse für dieselbe Tätigkeit erhalten würde.

Fallbeispiel EKG

Ihr Wahlarzt verrechnet Ihnen für das EKG z.B.	EUR 80
Ein:e Kassenarzt/-ärztin würde für ein EKG erhalten	EUR 42,06
Die Krankenkasse erstattet Ihnen für Ihr EKG beim Wahlarzt	**EUR 33,65** (=80% von EUR 42,06)

Wie kann ich die Honorarnote meines/meiner Wahlarztes/-ärztin für eine Rückerstattung einreichen?

Online oder per SVS-App

Haben Sie eine Handysignatur, können Sie Ihre Honorarnote ohne Antrag online unter ***www.meinesv.at*** einreichen oder über die SVS-App ***www.svs.at.***

Die App ***MeineSV*** funktioniert wie die Online-Einreichung.

Per Post

Den Antrag auf Kostenerstattung können Sie unter ***www.sozialversicherung.at*** downloaden und per Post an Ihre Krankenversicherung schicken.

Tipp

Reichen Sie die Rechnung Ihres/Ihrer Privat- oder Wahlarztes/Wahlärztin nicht nur bei Ihrer staatlichen Krankenversicherung, sondern auch – falls vorhanden – bei Ihrer privaten Zusatzversicherung ein. In vielen Fällen wird der restliche Differenzbetrag übernommen.

Therapie

BEHANDLUNG UND PFLEGE

Ihr:e Arzt/Ärztin hat Ihnen eine Diagnose gestellt und Sie haben sich gemeinsam für eine Therapie entschieden. Während der Behandlung haben Sie als Patient:in sowohl Rechte als auch Pflichten.

Persönlichkeitsrechte

Während Sie sich in medizinischer Behandlung oder Pflege befinden, müssen Ihre Persönlichkeitsrechte und Ihre Menschenwürde gewahrt sein.
Das beinhaltet das Recht auf:

- eine rücksichtsvolle Behandlung
- eine ausreichende Wahrung der Privatsphäre, auch in Mehrbetträumen
- Geheimhaltung und Vertraulichkeit
- fachgerechte und möglichst schmerzarme Behandlung und Pflege
- Aufklärung und Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken
- Zustimmung zu oder Verweigerung der Behandlung
- Einsicht in die Krankengeschichte bzw. Ausfertigung einer Kopie
- Erhalt medizinischer Informationen durch zur selbständigen Berufsausübung berechtigte Ärzte/Ärztinnen in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art
- ausreichende Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit nahestehenden Personen
- Kontakt mit Vertrauenspersonen im Fall nachhaltiger Verschlechterung des Gesundheitszustandes – auch außerhalb der Besuchszeiten
- eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenräume für Kinder, die stationär versorgt werden müssen
- religiöse Betreuung und psychische Unterstützung
- eine vorzeitige Entlassung
- Ausstellung eines Patienten-/Patientinnenbriefes
- ein würdevolles Sterben und Kontakt mit Vertrauenspersonen

Pflichten als Patient:in

Um einen optimalen Genesungsprozess zu garantieren, haben Sie als Patient:in nicht nur Rechte, sondern auch bestimmte Pflichten.

Therapietreue
Behandlungen wirken am besten, wenn die Therapieanordnungen der Behandler:innen eingehalten werden.

Zusammenarbeit mit ärztlichem und Pflegepersonal

Sollte ein Behandlungsfehler passiert sein, gibt es im Rahmen des Zumutbaren die Pflicht, sich **Nachbehandlungen** zu unterziehen, um Spätfolgen oder weitere Beeinträchtigungen zu vermeiden. Informieren Sie sich auch über Patientenentschädigungsfonds.

Inanspruchnahme von Hilfe (Notarzt/-ärztin oder Klinik), wenn Komplikationen nach einer Behandlung auftreten.

Tipp

Die Einhaltung dieser Pflichten ist wichtig, da bei Schaden durch Nichtbeachten der Pflichten auch das Recht auf Schadenersatz wegen Mitverschuldens in der Höhe gekürzt werden kann.

RECHT AUF OPTIMALE/ZWECKMÄSSIGE THERAPIE

Nach österreichischem Sozialversicherungsrecht haben Sie als Patient:in ein Recht auf eine **ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung**, die das Maß des Notwendigen nicht übersteigt.

Unter einer zweckmäßigen Krankenbehandlung versteht man eine Behandlung durch **„Therapien am Stand der Medizin“**. Dazu zählen jene Therapien, die in Richtlinien von Fachkreisen oder medizinischen Schulen empfohlen werden. Meist handelt es sich dabei um Therapien der sogenannten Schulmedizin oder evidenzbasierten Medizin, die den Beweis der Wirksamkeit durch klinische Studien fordert.

Welche Therapiekosten müssen von der Krankenkasse übernommen werden?

Die Krankenkasse muss die Kosten für jene Therapien tragen, die:

- objektiv zur Wiederherstellung Ihrer Gesundheit dienen. Bevorzugt werden jene Therapien mit dem größten Erfolg, rascherer Wirksamkeit, geringerem Risiko oder geringeren Schmerzen. Dies gilt auch dann, wenn alternative Therapien, die nicht in allen Kriterien vergleichbar sind, kostengünstiger wären,
- eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verzögern oder vermeiden,
- zur Verlängerung des Lebens dienen.

Bei der Kostenerstattung von Therapien durch die Sozialversicherung gilt das **Ökonomieprinzip.** Das bedeutet, dass die Krankenkasse bei gleichwertigen Therapien auf die kostengünstigere Alternative verweisen darf. Dennoch ist immer das Maß der Betroffenheit der Patienten/Patientinnen ausschlaggebend. Die Umstände (Gesundheitszustand, Beruf, Lebenssituation) müssen berücksichtigt werden.

Beispiel

So ist es möglich, dass für eine:n Diabetiker:in in seiner/ihrer Lebenssituation eine kostengünstigere Insulinpumpen-Therapie zumutbar ist, während für andere Patienten/Patientinnen aus beruflichen oder sonstigen Umständen ein teures Glucosemonitoring-Gerät zweckmäßig ist.



Welche Therapien werden nicht von der Krankenkasse übernommen?

Von der Krankenkasse müssen zum z.B. jene Therapien nicht bezahlt werden, die nicht am Stand der Medizin sind oder die als „Life-Style-Medizin“ gelten. Als Beispiel wären hier etwa die medizinisch nicht erforderliche Korrektur der Fehlsichtigkeit durch Laseroperationen oder Maßnahmen gegen altersbedingten Haarverlust zu nennen.
Auch Therapieformen der Alternativ- oder Komplementärmedizin werden großteils nicht von der Krankenkasse übernommen, da häufig keine Wirksamkeit in klinischen Studien nachgewiesen wurde.

info

Zur **evidenzbasierten Medizin** zählen jene Therapieformen oder Arzneimittel, deren Wirkung durch klinische Studien nachgewiesen wurde (*www.ema.europa.eu/en*). Alternativ- oder Komplementärmedizin ist eine Ergänzung zur evidenzbasierten Medizin. Hierzu zählen Therapieformen oder Arzneimittel, deren Wirkung wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden kann, sondern auf Erfahrung und subjektiver Beurteilung von Patienten/Patientinnen und Behandler:innen beruht.

Ärzte/Ärztinnen und öffentliche Krankenanstalten dürfen Patienten/Patientinnen auch ablehnen, allerdings nur, wenn es sich um zeitlich nicht sehr dringliche und planbare Therapien handelt. Notfälle und zeitkritische Behandlungen müssen aber jedenfalls durchgeführt werden.

SELBSTBESTIMMUNG IN DER PRAXIS

Das Recht auf Selbstbestimmung ist ein zentrales Menschenrecht und greift auch im medizinischen Bereich.

Kann ich auf bestimmte Therapien bestehen?

Der Oberste Gerichtshof steht auf dem Standpunkt, dass der Wunsch des/der betroffenen Patienten/Patientin nicht außer Acht gelassen werden darf *(vgl. dazu OGH 10 ObS 112/94 = SZ 67/76; 10 ObS 113/94 = SSV-NF 8/44; 10 ObS 409/02y)*. Das Wort des/der Patienten/Patientin hat dann Gewicht, wenn die möglichen Therapien unterschiedlich belastend sind.



Fallbeispiel

Obwohl der Arzt einer Patientin für ihre Probleme mit Krampfadern die Methode Stripping (klassische operative Entfernung von Krampfadern) als erste Wahl empfahl, entschied sie sich für die insgesamt teurere Methode Sklerotherapie (chemisches Verfahren zum Veröden von Krampfadern).

Die Kasse lehnte die Übernahme der Kosten zunächst mit einem Hinweis auf die höheren Kosten ab. In einem Gerichtsverfahren vor dem Arbeits- und Sozialgericht entschied der Oberste Gerichtshof schlussendlich, dass die Krankenkasse in diesem konkreten Fall dem Wunsch der Patientin nach Sklerotherapie nachkommen und für die Therapie die Kosten übernehmen muss.

Ausschlaggebend war hier, dass die von der Patientin abgelehnte Methode eine Narkose mit stationärem Aufenthalt bedeutete, während für die gewählte Methode nur ein ambulanter Eingriff ohne Narkose notwendig war. Somit wäre eine Therapie durch Stripping wesentlich belastender für die Patientin gewesen als eine Sklerotherapie.

Kann ich mich auf Kosten einer österreichischen Krankenkasse im Ausland behandeln lassen?

Es besteht kein genereller Anspruch auf die weltbeste medizinische Versorgung. Eine Behandlung im Ausland ist von den Krankenkassen dann zu bezahlen, wenn eine gleichwertige Therapiemöglichkeit in Österreich nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Eine Kostenübernahme der Sozialversicherung für eine Behandlung im Ausland ist im Vorhinein genehmigen zu lassen. Dazu benötigen Sie eine schriftliche Begründung Ihres/Ihrer Behandler:in, warum die Behandlung in Österreich nicht möglich ist.
In der Bestätigung sind bereits ein:e bestimmte:r Arzt/Ärztin und eine namentlich genannte Behandlungseinrichtung im Ausland anzugeben.



VERSORGUNG MIT MEDIKAMENTEN

Aus dem Recht auf Krankenbehandlung ergibt sich, dass Kosten für Arzneimittel grundsätzlich von der Krankenkasse übernommen werden müssen. Auch hier gilt – wie bei den bisher beschriebenen Therapien – das **Ökonomieprinzip.**

Folgende Praxisbeispiele wurden wie folgt vor Gericht entschieden:



Vorbeugung ist besser als Akutbehandlung: Die „vorbeugende" Behandlung zur Reduzierung von Entzündungen ist für Patienten/Patientinnen weniger belastend und mit der Würde des Menschen besser vereinbar als auf eine Entzündung warten zu müssen, welche dann mit Antibiotika zu behandeln ist.

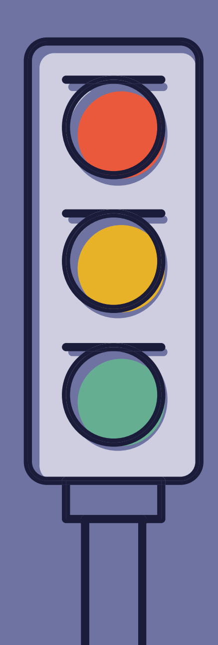
Die **Weiterbehandlung** von an Krebs erkrankten Personen nach erfolgreich durchgeführter Chemotherapie zwecks Verlängerung der Dauer des Anhaltens von krankheitsfreien Perioden ist nicht nur Prävention, sondern Krankenbehandlung. Patienten/Patientinnen ist es nicht zuzumuten, „untätig" bis zum allfälligen Wiederaufleben des Tumors zuzuwarten, um sich dann wieder einer belastenden Chemotherapie unterziehen zu müssen.

Sicherheit geht vor: Patienten/Patientinnen haben einen Anspruch auf ein teureres Fertigarzneimittel, weil hier das Kontaminations- und damit Infektionsrisiko am geringsten ist. Die Kasse darf daher nicht auf von Ärzten/Ärztinnen selbst zu mischende Lösungen verweisen, selbst wenn diese kostengünstiger sind.

Welche Arzneimittelkosten übernimmt die Krankenkasse?

Für die Kostenübernahme von Arzneimitteln gibt es einen gesetzlich geregelten Erstattungskodex (EKO). Arzneimittel werden in verschiedene Bereiche eingeteilt, ähnlich einem Ampelsystem *(siehe Grafik Seite 23)*.

Der Erstattungskodex



Roter Bereich: Im roten Bereich befinden sich jene Medikamente, für die noch kein Eintrag im EKO besteht, allerdings bereits ein Antrag auf Aufnahme läuft.
Bei einer ärztlichen Bewilligung werden die Kosten für die Medikamente übernommen.

Gelber Bereich: Medikamente aus dem gelben Bereich werden nur unter bestimmten Bedingungen erstattet. Manche Arzneimittel aus dem gelben Bereich müssen vorab chefärztlich bewilligt werden.

Grüner Bereich: Medikamente aus dem grünen Bereich bekommen Sie als Patient:in frei verschrieben. Ausgenommen sind indikationsbezogene Medikamente, die nur dann frei verschreibbar sind, wenn Sie eine bestimmte Diagnose haben. Einige Medikamente aus dem grünen Bereich können nur von einem/einer bestimmten Facharzt/-ärztin verschrieben werden.

No Box / Negativliste: Medikamente aus dem Bereich No Box oder Negativliste werden im Regelfall von der Krankenkasse nicht übernommen. Ihr:e Arzt/Ärztin kann Ihnen für diese Medikamente allerdings ein Privatrezept ausstellen. In der Apotheke müssen Sie für dieses Medikament den Apothekenverkaufspreis zahlen. Sollte für die Behandlung einer Erkrankung kein Produkt aus dem Erstattungskodex geeignet oder nur unzureichend sein, besteht für No Box- oder Negativlisten-Medikamente die Möglichkeit einer Einzelfallerstattung durch chefärztliche Bewilligung.

Tipp

Ob bzw. unter welchen Bedingungen ein Medikament von der Krankenkasse bezahlt wird, können Sie ganz einfach online im Infotool des Erstattungskodexes unter *www.sozialversicherung.at* oder in der App EKO2go nachschlagen.



CHEFÄRZTLICHE BEWILLIGUNG - ABS-SYSTEM

„Das Rezept läuft, nicht der Patient!“ Mit diesem Spruch haben die Krankenkassen die Einführung des Arzneimittel-Bewilligungs-Service, kurz ABS, beworben. Ärzte/Ärztinnen wurden verpflichtet, für Patienten/Patientinnen über das e-card-System elektronisch die Bewilligungen chefärztlich bewilligungspflichtiger Medikamente einzuholen. Die Kassen müssen innerhalb der Geschäftszeiten binnen 30 Minuten antworten.



Wie läuft eine „chefärztliche Bewilligung“ ab?

Verschreibung

Sie gehen mit Ihrer e-card zu Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin und wollen sich Ihr bewilligungspflichtiges Medikament verschreiben lassen.

Ihr:e Arzt/Ärztin beantragt über das ABS-System die Bewilligung, auf die Sie maximal 30 Minuten warten müssen.

Rückmeldung

Der/die Arzt/Ärztin erhält dann über das ABS-System die Antwort, ob das Medikament bewilligt wurde oder nicht.

Je nachdem kann er/sie Ihnen dann ein Rezept ausstellen, für das Sie in der Apotheke nur mehr die Rezeptgebühr und nicht den vollen Preis bezahlen müssen.

Ablehnung

Für eine abgelehnte Bewilligung geben die Chefärzte/-ärztinnen eine Begründung an. Ihr:e Arzt/Ärztin kann nun versuchen, durch eine angepasste erneute Einreichung das Medikament bewilligen zu lassen.

Die richtige Begründung des/der Arztes/Ärztin, warum Sie ein bestimmtes Medikament benötigen, ist oft der Schlüssel für eine erfolgreiche Bewilligung.

Was machen Chefärzte/-ärztinnen?

Der chef- und kontrollärztliche Dienst ist eine Kostenkontrollstelle und darf in die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient:in nicht eingreifen. Die Chefärzte/-ärztinnen treffen keine medizinischen, sondern Kostenentscheidungen. Eine Therapie darf nur abgelehnt werden, wenn es eine gleichwertige kostengünstigere Alternative gibt. Im Rahmen des Antrags auf chefärztliche Bewilligung sollte daher von dem/der Arzt/Ärztin erklärt werden, warum der/die Patient:in genau dieses Arzneimittel oder diese Therapie benötigt und keine billigere Alternative in Frage kommt. Gründe könnten etwa sein, dass die kostengünstigere Variante nicht gewirkt hat, wegen Nebenwirkungen zu risikoreich ist oder der/die Patient:in aufgrund bestimmter persönlicher Eigenschaften für diese Therapie nicht in Frage kommt.

Langzeitbewilligung

Sollte Ihr:e Arzt/Ärztin davon ausgehen, dass Sie ein bewilligungspflichtiges Medikament über einen längeren Zeitraum einnehmen müssen, kann er/sie über das ABS-System eine Langzeitbewilligung einholen. Das bedeutet, dass Ihnen ein Medikament für 3, 6 oder 12 Monate bewilligt wird. Reicht eine Packung Ihres Medikaments also beispielsweise für einen Monat und Sie bekommen eine Langzeitbewilligung für 6 Monate, steht Ihnen ein Kontingent von 6 Packungen zur Verfügung. Sie müssen somit nicht jeden Monat auf eine Bewilligung warten, sondern Ihr:e Arzt/Ärztin kann Ihnen ein Rezept ausstellen, das von Ihrem Kontingent abgebucht wird. Ist Ihr Kontingent aufgebraucht und Sie müssen das Medikament weiter einnehmen, kann erneut eine Langzeitbewilligung beantragt werden.

Genaue Infos zum Thema **„Chefärztliche Bewilligung“** gibt es für Sie unter



https://selpers.com/lektion/mehr-durchblick-bei-sozialversicherung-und-bewilligungen-chefaerztliche-bewilligung/



info

REZEPTGEBÜHR UND -BEFREIUNG

Arzneimittel werden im Rahmen der Krankenbehandlung nicht zu 100 % von der Sozialversicherung übernommen. Pro Packung haben Patienten/Patientinnen einen Selbstbehalt in Form der Rezeptgebühr zu bezahlen. Diese beläuft sich für das Jahr 2023 auf EUR 6,85. Genauere Informationen dazu finden Sie in der Info-Box auf Seite 27.

Eine generelle Rezeptgebührenbefreiung ohne Antrag bekommen:

- **Personen mit anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten**
- **Zivildiener und deren Angehörige**
- **Asylwerber:innen in Bundesbetreuung**
- **Ausgleichszulagenbezieher:innen**

Darüber hinaus gibt es eine Rezeptgebührenobergrenze in Höhe von 2 % des Jahresnettoeinkommens (ohne Sonderzahlungen) der versicherten Person. Ab Überschreiten dieser Grenze sind Versicherte automatisch für den Rest des Jahres von der Rezeptgebühr befreit.



Einen Antrag auf generelle Rezeptgebührenbefreiung können Sie bei der zuständigen Kasse beantragen. Ihr monatliches Nettoeinkommen darf folgende **Richtwerte 2023** nicht übersteigen:

Alleinstehende	1.110,26 Euro
Alleinstehende mit erhöhtem Medikamentenbedarf	1.276,80 Euro
Ehepaare bzw. Lebensgemeinschaften	1.751,56 Euro
Ehepaare bzw. Lebensgemeinschaften mit erhöhtem Medikamentenbedarf	2.014,29 Euro
Richtwerterhöhung pro mitversichertem Kind	171,31 Euro

Wie aus der Reihung hervorgeht, muss **das Einkommen der Ehegatten, Ehegattinnen oder Lebenspartner:innen hinzugerechnet werden.** Einkommen von sonstigen im Haushalt lebenden Personen werden mit 12,5 % berücksichtigt.

Eine Übersicht über aktuelle Werte finden Sie unter:



https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845562&portal=svportal



info

ELGA

ELGA (Elektronische Gesundheitsakte) ist ein modernes Informationssystem und soll Patienten/Patientinnen und behandelnden Personen den Zugang zu Gesundheitsdaten erleichtern. Für dieses System gelten die höchsten Sicherheitsstandards (eigene Gesundheitsnetze, Verschlüsselung der Daten).

Welche Daten werden derzeit in ELGA gespeichert?

- **Entlassungsbriefe von Krankenanstalten**
- **Laborbefunde**
- **Befunde bildgebender Diagnostik (CT, MR, Röngten etc.)**
- **Medikationsdaten**

Auskunft:
Österreichische Patienten/Patientinnen haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die in ELGA gespeicherten Daten. Über Ihren ELGA-Online-Zugang können Sie Ihre Daten wie folgt verwalten:

- Ein- und Ausblenden Ihrer Daten
- Löschen Ihrer Daten
- Verwaltung von Zugriffsberechtigungen (z.B. Sperre bestimmter Ärzte/Ärztinnen)
- Korrektur und Richtigstellung Ihrer Daten

Opt-out: Sie können Ihrer Teilnahme an ELGA jederzeit zur Gänze oder teilweise widersprechen. Das ELGA-Gesetz garantiert, dass Patienten/Patientinnen, die an ELGA nicht teilnehmen, keine Nachteile erleiden dürfen.



Für technische Unterstützung steht eine Telefon-Hotline zur Verfügung: ELGA-Serviceline 050 124 4411.



Mit diesem Formular können Sie **Änderungen vornehmen oder Einsicht in Ihre ELGA-Akte** anfordern:

https://www.gesundheit.gv.at/dam/jcr:0e777915-d284-492d-a3fa-f3f5a5c26a3b/Ausuebung_meiner_ELGA-Teilnahmerechte_V_2.4.pdf



Pro Bundesland gibt es eine **ELGA-Ombudsstelle**. Diese sind online zu finden unter:

www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/elga/elga-ombudsstelle.html

info

E-MEDIKATION

Die **E-Medikation** ist eine Teilanwendung der Elektronischen Gesundheitsakte ELGA. Hier werden ärztlich verordnete, in der Apotheke gekaufte Medikamente und ähnliche Produkte für ein Jahr gespeichert.

Wozu dient die E-Medikation?

Ärzte/Ärztinnen sind verpflichtet, verordnete Medikamente in der E-Medikation zu speichern. Die behandelnden Ärzte/Ärztinnen können Ihre Medikationsliste einsehen und haben damit eine zusätzliche Entscheidungsgrundlage für Diagnostik- und Therapieempfehlungen. Durch Scannen des Codes auf einem Rezept kann die Apotheke die ärztliche Verordnung auslesen und die Abgabe der verordneten Medikamente in ELGA speichern. Durch Stecken der e-card kann die Apotheke auch rezeptfreie Medikamente, die wechselwirkungsrelevant sind, eintragen. Die E-Medikationsliste enthält alle abgeholten und offenen Rezepte samt Medikamentennamen.

Wer hat Zugriff auf meine E-Medikation?

Auf die E-Medikationsliste haben jene Behandler:innen Zugriff, die auch auf Ihre ELGA-Krankenakte zugreifen können. Als Patient:in können Sie die Liste über Ihren Online-Zugang mit Handy-Signatur abrufen oder bei Ihrer ELGA-Ombudsstelle erfragen.

WAS IST EIN E-REZEPT?

Ärzte/Ärztinnen haben ab März 2022 nach und nach mit dem E-Rezept gestartet. Nach österreichweiter Einführung können Sie Ihr Medikament in der Apotheke mit Ihrer e-card oder einem E-Rezept-Code am Handy abholen – ein Rezeptausdruck ist nicht mehr notwendig. In der Apotheke wird durch Stecken der e-card oder durch Scannen des E-Rezept-Codes das Rezept aus dem e-card-System abgerufen. Den E-Rezept-Code können Sie sich unter anderem in Ihrem Account auf ***www.meineSV.a***t holen.

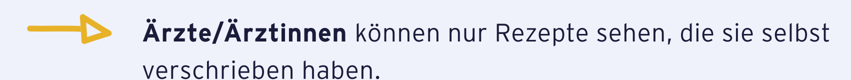
Was ist der Unterschied zwischen E-Medikation und E-Rezept?

Die E-Medikation steht nur jenen Patienten/Patientinnen zur Verfügung, die an ELGA teilnehmen. Das E-Rezept ist eine elektronische Lösung für alle Krankenversicherten.

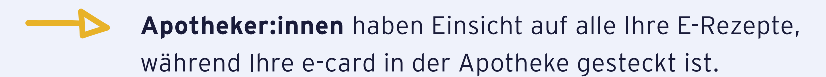


Sind meine Daten sicher?

Ja, E-Rezepte werden verschlüsselt übertragen und abgespeichert. Sie sind nur von berechtigten Personen einsehbar:



- **Ärzte/Ärztinnen** können nur Rezepte sehen, die sie selbst verschrieben haben.



- **Apotheker:innen** haben Einsicht auf alle Ihre E-Rezepte, während Ihre e-card in der Apotheke gesteckt ist.
- Ihre **Sozialversicherung** hat ebenfalls Einsicht in Ihre E-Rezepte.

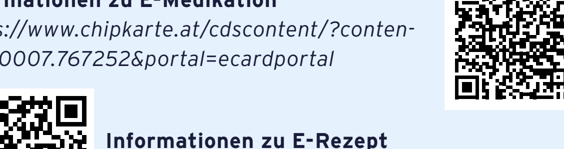
Sie möchten mehr erfahren? Ein Erklärvideo zum E-Rezept und weitere Informationen zu E-Medikation und E-Rezept finden Sie hier:



Erklävideo
https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.881787&portal=ecardportal

Informationen zu E-Medikation
https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.767252&portal=ecardportal





Informationen zu E-Rezept
www.chipkarte.at/e-Rezept

Als Patient:in recherchieren Sie nach der Diagnosestellung womöglich eigenhändig zu Ihrer Erkrankung.

Vertrauenswürdige Gesundheitsinformation erkennen

Verlässliche Gesundheitsinformationen müssen evidenzbasiert sein. Evidenzbasierte Medizin arbeitet ausschließlich mit belegten Informationen und den aktuellsten Daten zu Erkrankungen, Therapien oder Untersuchungen.

- Seriöse Beiträge enthalten wissenschaftliche Quellenangaben. Jeder Fakt und jede Aussage müssen belegbar sein. Können die Informationen durch mehrere Quellen bestätigt werden, sind sie umso aussagekräftiger.
- Gute Gesundheitsinformationen zeigen **mehrere Möglichkeiten** auf, vergleichen diese und erläutern deren Vor- und Nachteile. Besonders aussagekräftig sind Informationen, die durch Zahlen belegt werden können.
- Die Informationen sind in einer einfachen und auch für Nicht-Mediziner:innen **verständlichen Sprache** geschrieben. Fachbegriffe werden erklärt.
- Die Informationen kommen von **unabhängigen Einrichtungen** (z.B. wissenschaftliche Verlage, medizinische Universitäten, Einrichtungen im Gesundheitswesen).
- Es gibt Studien zu Medikamenten oder Behandlungsmethoden, die **neutrale Informationen** bieten.

TELEMEDIZIN

Unter Telemedizin wird unter anderem die gesundheitliche Betreuung von Patienten/Patientinnen über Informations- und Kommunikationstechnologien verstanden. Patienten/Patientinnen und Behandler:innen befinden sich dabei nicht am selben Ort.

Telemonitoring bezeichnet die medizinische Überwachung von Patienten/Patientinnen aus der Ferne. Telemonitoring kommt etwa bei Diabetiker:innen zum Einsatz.
Die Daten bestimmter Blutzuckermessgeräte können automatisch an den/die Behandler:in weitergeleitet und von ihnen überwacht werden. Den Patienten/Patientinnen bleiben so häufige ärztliche Visiten erspart.

Teletherapie ist ein Gespräch zwischen Patient:in und Arzt/Ärztin über beispielsweise Videotelefonie. Besonders für Patienten/Patientinnen mit chronischen Erkrankungen können solche Videokonsultationen bestimmte ärztliche Konsultationen ersetzen.

Welche Vorteile bringt die Telemedizin für Patienten/Patientinnen?

- **schnellere Reaktion bei auftretenden Problemen**
- **Weg- und Zeitersparnis für Patienten/Patientinnen**
- **keine Wartezeiten in Ordinationen oder Ambulanzen**
- **engmaschigere Kontrollen**





Vor welchen Herausforderungen steht die Telemedizin?

- Telemedizin ist **nicht in jedem gesundheitlichen Bereich möglich**. Körperliche Untersuchungen oder Laboruntersuchungen können nicht ersetzt werden.
- **Technisches Wissen** von Patienten/Patientinnen und Personal von medizinischen Fachkreisen ist Voraussetzung. Die Anwendungen müssen einfach bedienbar sein.
- Patienten/Patientinnen müssen **Zugang zu Internet**, Mobiltelefon, Computer etc. haben.
- Die eingesetzten Informations- und Kommunikationstechnologien müssen die Einhaltung des **Datenschutzgesetzes** und der europäischen **Datenschutzgrundverordnung** garantieren.
- Aber: Aufgrund der Notwendigkeit der Reduktion physischer Kontakte hat die Covid-19-Pandemie die **Ausweitung und Weiterentwicklung der Telemedizin stark vorangetrieben.**

HEILBEHELFE UND HILFSMITTEL

Genauso wie Arzneimittel, müssen auch die Kosten für Heilbehelfe und Hilfsmittel von der Krankenkasse unter gewissen Voraussetzungen übernommen werden. Ähnlich der Rezeptgebühr besteht ein Selbstbehalt.

Was versteht man unter Heilbehelfen und Hilfsmitteln?

Heilbehelfe sind Mittel, die zur Heilung oder Linderung eines Krankheitszustandes dienen. Dazu zählen unter anderem Bandagen, Kompressionsstrümpfe oder Artikel für Diabetiker.

Hilfsmittel übernehmen die Funktionen von fehlenden Körperteilen oder unterstützen mangelhafte Körperfunktionen. Betroffene müssen sie ohne fremde Hilfe benutzen können. Dazu zählen unter anderem Rollstühle, Prothesen, Perücken, orthopädische Schuhe oder Hörgeräte.

Wie komme ich zu einem Heilbehelf oder Hilfsmittel?

1. Falls Sie Heilbehelfe oder Hilfsmittel benötigen, muss Ihnen Ihr:e Arzt/Ärztin eine Verordnung dafür ausstellen.
2. Die Verordnung muss chef- und kontrollärztlich bewilligt werden. Darum kümmert sich in der Regel der Fachbetrieb, wie z. B. der Bandagist, Optiker oder Hörgeräteakustiker. Bei tariflich nicht geregelten Produkten ist zusätzlich auch ein Kostenvoranschlag notwendig. Im Regelfall leitet der Fachbetrieb die erforderlichen Unterlagen an die Sozialversicherung weiter.
3. Diese bewilligte Verordnung ist binnen 30 Tagen beim Fachbetrieb einzulösen. Nach Ablauf dieser Frist müssen Sie sich eine neue Verordnung von Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin holen.



Mindestgebrauchsdauer

Für Rollstühle, orthopädische Schuhe und ähnliche Hilfsmittel gibt es eine Mindestgebrauchsdauer. Vor Ablauf dieser Dauer ist eine neuerliche Kostenübernahme nicht möglich.

Welche Kosten fallen für mich an?

Für Heilbehelfe und Hilfsmittel sind 10 % der Kosten selbst zu tragen, mindestens aber EUR 39,00 (Wert 2023). Für Sehbehelfe liegt der Selbstbehalt bei EUR 117,00 (Wert 2023). Die aktuellen Werte finden Sie in der Info-Box auf Seite 27.

KASSENERSTATTUNG - DURCHSETZUNG VON RECHTEN

Was kann ich tun, wenn mir ein chefärztlich bewilligungspflichtiges Rezept oder eine Verordnung nicht bewilligt wurde?

Der Erstattungskodex oder ablehnende Entscheidungen des chef- und kontrollärztlichen Dienstes entscheiden nicht endgültig über die Rechte der Patienten/Patientinnen. Sie können sich an die Ombudsstellen der Sozialversicherungsträger oder der Ärztekammer wenden und hier Rat und Unterstützung einholen. Auch Patienten-/Patientinnenanwaltschaften und die Arbeiterkammern (für Erwerbstätige) beraten bei Schwierigkeiten mit Kostenübernahmen durch die soziale Krankenversicherung.

Genauere Informationen zum **österreichischen Sozialsystem** und den **Regelungen und Ausnahmen der verschiedenen Sozialversicherungsträger** finden Sie in diesem Online-Kurs:



https://selpers.com/kurs/mehr-durchblick-bei-sozialversicherung-und-bewilligungen/







Kontrollverfahren

Sollte der direkte Kommunikationsweg nicht zum Erfolg führen, besteht die Möglichkeit, die Entscheidung kostenlos durch Gerichte überprüfen zu lassen. Bei diesem sogenannten Kontrollverfahren entstehen nur Kosten für eine:n Anwalt/Anwältin.

Das Kontrollverfahren nach Ablehnung durch den chefärztlichen Dienst läuft wie folgt ab:



Beantragen Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Bescheid über die Nicht-Bewilligung. **Es gibt folgende Möglichkeiten:**

- via Formular der Krankenkasse
- Ablehnung mit den Worten „Bitte um Ausstellung eines Bescheides“ per Post, Fax oder online an die Krankenkasse schicken

2

Dieser Bescheid muss von der Krankenkasse binnen 14 Tagen ausgestellt werden und **Folgendes beinhalten:**

- Eine Begründung, warum die Krankenkasse keinen Anspruch des/der Patienten/Patientin auf die gewünschte Therapie sieht
- Die Angabe einer geeigneteren und kostengünstigeren alternativen Therapie

3

Nach Erhalt des Bescheides reichen Sie binnen 3 Monaten eine Klage beim Arbeits- und Sozialgericht ein. **Sie haben folgende Möglichkeiten:**

- Die Klage persönlich und direkt beim zuständigen Arbeits- und Sozialgericht zu Protokoll geben
- Mit Hilfe von Arbeiterkammer oder Rechtsanwalt die Klage per Schreiben an das Gericht schicken



Nach Einholung von einem Sachverständigengutachten und einer mündlichen Verhandlung entscheidet das Gericht und stellt ein **Urteil** zu.



Im Falle eines Negativurteils: Fällt auch das Gericht die Entscheidung, dass die Kosten für die Therapie nicht von der Sozialversicherung übernommen werden, haben Sie die Möglichkeit, binnen 4 Wochen beim Oberlandesgericht **Berufung** einzulegen.



Letzte Instanz: Revision beim Obersten Gerichtshof
Wird auch im Berufungsverfahren des Oberlandesgerichts ein Negativurteil gestellt, können Sie binnen 6 Wochen Revision beim Obersten Gerichtshof einbringen. Hierfür sind Sie verpflichtet, eine:n Anwalt/Anwältin hinzuzuziehen.

UNTERSTÜTZUNG DURCH KRANKENGELD

Damit Sie während eines längeren Krankenstandes keinen Einkommensverlust erleiden, können Sie von der Krankenkasse Krankengeld erhalten.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- *mitversicherte Personen*
- *Lehrlinge ohne Entgelt*
- *geringfügig Beschäftigte, die sich nicht selbst versichert haben*
- *Praktikanten/Praktikantinnen*
- *Krankenpflege- und Hebammenschüler:innen*
- *Pensionisten/Pensionistinnen*
- *Bezieher:innen von Kinderbetreuungsgeld*



Habe ich Anspruch auf Krankengeld, wenn ich beim AMS gemeldet bin?

Ja, als Bezieher:in von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe haben Sie Anspruch auf Krankengeld.

Ab wann habe ich Anspruch auf Krankengeld?

Der/die Arbeitgeber:in hat bei einem Krankenstand eines/einer Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin eine gewisse Entgeltfortzahlungspflicht. Erst nach Ablauf dieser Pflicht haben Sie als Arbeitnehmer:in Anspruch auf Krankengeld.

Hier finden Sie eine Übersicht über die **Entgeltfortzahlungspflicht:**

Dauer des Arbeitsverhältnisses	Volles Entgelt	Halbes Entgelt
Im ersten Jahr	6 Wochen	4 Wochen
Vom 2. bis 15. Jahr	8 Wochen	4 Wochen
Vom 16. bis 25. Jahr	10 Wochen	4 Wochen
Ab dem 26. Jahr	12 Wochen	4 Wochen

Ist der/die Arbeitgeber:in nur mehr verpflichtet das halbe Entgelt zu zahlen, wird die andere Hälfte von der Sozialversicherung übernommen.

Wie hoch ist das Krankengeld?

Grundsätzlich beträgt das Krankengeld 50 % der Bemessungsgrundlage (= Bruttogehalt pro Monat + Zuschlag für Sonderzahlungen). Ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit erhöht es sich auf 60 %. Geringfügig Beschäftigte haben einen Anspruch auf einen Fixbetrag pro Tag von EUR 6,00 (Wert für 2023). Zu Details informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse.

Wie lange habe ich Anspruch auf Krankengeld?

Das Krankengeld wird grundsätzlich bis zu einer Dauer von 26 Wochen gewährt. Waren Sie im Jahr vor Ihrem Krankenstand mindestens 6 Monate versichert, stehen Ihnen sogar 52 Wochen lang Krankengeld zu.

Die **Auszahlung des Krankengeldes** muss von Ihnen beantragt werden. Dies kann online via Bürgercard erledigt werden. Die **Sozialversicherung** gibt auf ihrer Website Auskunft über die aktuelle Höhe des Krankengeldes sowie über die zuständigen Ansprechpartner pro Bundesland.



https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867467&portal=oegkportal



info

PFLEGEGELD BEI LÄNGER DAUERNDER HILFSBEDÜRFTIGKEIT

Sind Sie aufgrund einer Erkrankung oder nach einer Operation auf die Hilfe durch Familie oder Pflegepersonal angewiesen, können Sie Pflegegeld beantragen. Pflegegeld soll Sie finanziell bei dem durch Pflegemaßnahmen entstehenden Mehraufwand unterstützen.

Wann habe ich Anspruch auf Pflegegeld?

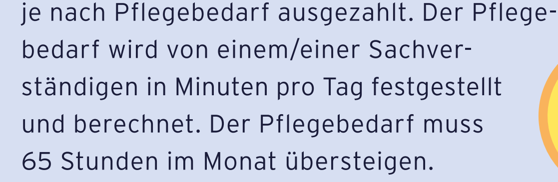
Anspruch auf Pflegegeld haben Sie, wenn mindestens 6 Monate ein ständiger Pflegebedarf besteht. **Zum Pflegebedarf gehören:**

- An- und Auskleiden
- Körperpflege
- Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten
- Mobilitätshilfen
- Verrichtung der Notdurft
- Einnahme von Medikamenten

Wie hoch ist das Pflegegeld?

Das Pflegegeld ist unabhängig vom Einkommen und kann auch bei aufrechter Berufsausübung beantragt werden. Es wird in monatlichen Fixbeträgen je nach Pflegebedarf ausgezahlt. Der Pflegebedarf wird von einem/einer Sachverständigen in Minuten pro Tag festgestellt und berechnet. Der Pflegebedarf muss 65 Stunden im Monat übersteigen.

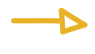




Wie stelle ich einen Antrag auf Pflegegeld?

Einen Antrag auf Pflegegeld können Sie bei Ihrem Sozialversicherungsträger stellen. Nach Antragseingang bekommen Sie ein Formular zugeschickt, in dem Sie folgende Angaben machen müssen:

 **Tätigkeiten, die nicht mehr selbstständig ausgeführt werden können**

 **Inanspruchnahme aller pflegebezogener Leistungen (z.B. erhöhte Familienbeihilfe)**

Nach Antragseingang wird durch eine:n Sachverständige:n ein Gutachten über Ihren Pflegebedarf erstellt. Auf Grundlage dieses Gutachtens wird bestimmt, ob Pflegebedarf besteht bzw. wie hoch das Pflegegeld ist.

Gegen diesen Bescheid kann Klage beim Arbeits- und Sozialgericht eingebracht und damit die Entscheidung überprüft werden *(siehe Kontrollverfahren Seite 37)*.

Bekomme ich während eines Spitals- oder Kuraufenthalts Pflegegeld?

Während eines Spitals- oder Kuraufenthalts ruht das Pflegegeld ab dem zweiten Tag, wenn die überwiegenden Kosten des Aufenthalts ein Sozialversicherungsträger, der Bund, ein Landesgesundheitsfonds oder eine Krankenfürsorgeanstalt trägt. In bestimmten Fällen kann das Pflegegeld auf Antrag weiter bezogen werden.

Die **Formulare zur Beantragung des Pflegegeldes** bei den verschiedenen Sozialversicherungsträgern finden Sie online unter *www.help.gv.at*.





https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/4.html

info

Nachsorge

Nach einer Erkrankung oder Operation gibt es verschiedene Möglichkeiten der Unterstützung auf Ihrem Weg der Genesung. Eine Reha oder eine Kur kann helfen, Sie wieder auf ein eigenständiges Leben vorzubereiten. Rehabilitations- oder Wiedereingliederungsgeld können Sie hierbei finanziell unterstützen.

REHABILITATIONSGELD

Wann habe ich Anspruch auf Rehabilitationsgeld?

Rehabilitationsgeld können Sie erhalten, wenn Sie mindestens für sechs Monate aus gesundheitlichen Gründen nicht arbeiten können. Diese Geldleistung soll die Betroffenen unterstützen, wieder arbeitsfähig zu werden.

- **Geburtsdatum ab 01.01.1964** *(Stand 2023)*
- **keine Möglichkeit einer beruflichen Rehabilitation**
- **kein Anspruch mehr auf Entgeltfortzahlung, Urlaubsgeld oder Arbeitslosenentschädigung**

Wie hoch ist das Rehabilitationsgeld und wie kann ich es beziehen?

Das Rehabilitationsgeld ist so hoch wie das Krankengeld *(siehe S. 39)*. Das Rehabilitationsgeld ist unbefristet. Für die Auszahlung des Rehabilitationsgeldes und für die laufende Prüfung der Voraussetzungen ist Ihre Krankenkasse zuständig.

Achtung: Das Rehabilitationsgeld ist lohnsteuerpflichtig.

Genauere Informationen zum **Rehabilitationsgeld** finden Sie unter:



https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867465&portal=oegkportal





WIEDEREINGLIEDERUNGSGELD

Wie hoch ist das Wiedereingliederungsgeld und wann habe ich Anspruch darauf?

Das Wiedereingliederungsgeld besteht aus dem Lohn für die geleistete Arbeit und aus dem erhöhten Krankengeld *(60 % der Bemessungsgrundlage – siehe Seite 39)* für die nicht geleisteten Stunden. Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld haben Sie, wenn Sie sich in Wiedereingliederungsteilzeit befinden.

Die Voraussetzungen sind:



mindestens sechswöchige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit



das Arbeitsverhältnis vor Erkrankung hat ununterbrochen mindestens drei Monate gedauert



eine schriftliche Vereinbarung mit dem/der Arbeitgeber:in auf
- eine Herabsetzung der wöchentlichen Normalarbeitszeit um mindestens ein Viertel bzw. höchstens die Hälfte
- eine Dauer von mindestens einem Monat bis zu sechs Monaten



eine verpflichtende Beratung über Wiedereingliederung



Fallbeispiel

Theresa Anton hat vor ihrem langen Krankenstand 2.100,- Euro brutto für 38,5 Stunden pro Woche verdient. Sie möchte wieder zu arbeiten beginnen, kann allerdings aus gesundheitlichen Gründen noch nicht Vollzeit arbeiten. Sie hat die Möglichkeit, im Rahmen der Wiedereingliederung mit ihrer Chefin nach einem arbeitsmedizinisch ausgearbeiteten Plan eine Heranführung auf 38,5 Stunden pro Woche innerhalb von sechs Monaten zu vereinbaren. Dieser Plan muss auch vom chef- und kontrollärztlichen Dienst genehmigt werden: Sie beginnt mit einer Arbeitswoche von 18 Stunden (ca. 50 % des Beschäftigungsausmaßes). Die Chefin zahlt anteilsmäßig für die geleisteten Stunden, während die Sozialversicherung anteilsmäßig das zustehende Krankengeld auszahlt. Nach 4 Monaten fühlt sich Theresa so fit, dass Sie auf 30 Stunden Arbeitszeit pro Woche aufstockt. Damit zahlt der Dienstgeber anteilsmäßig mehr und der Krankengeldanteil wird entsprechend geringer. Die damit zur Verfügung stehende Summe im Monat wird höher.

BERUFSUNFÄHIGKEITSPENSIONEN

Sollten Sie aus gesundheitlichen Gründen in Zukunft nicht mehr arbeitsfähig sein, können Sie je nach Arbeitsverhältnis die Berufsunfähigkeitspension beantragen.

ARBEITER:INNEN	ANGESTELLTE	SELBSTSTÄNDIGE
Invaliditätspension	Berufsunfähigkeitspension	Erwerbsunfähigkeitspension

Die **Antragsformulare** können auf der Website der Pensionsversicherungsanstalt unter ***www.pv.at*** heruntergeladen werden. Bei negativer Entscheidung ist eine Überprüfung durch das Gericht nach dem Schema *(S. 37)* möglich.

MEDIZINISCHE REHABILITATION

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist, Patienten/Patientinnen wieder in die Lage zu versetzen, möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben zu führen und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz einnehmen zu können.

Die **medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation** umfassen folgende Leistungen:

- Unterbringung in Rehabilitationszentren
- Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation
- Gewährung von ärztlicher Hilfe
- Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen sofern diese im ursprünglichen Zusammenhang mit dem Rehabilitationsaufenthalt stehen

Habe ich Anspruch auf medizinische Rehabilitation?

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden bewilligt, wenn ohne diese Maßnahmen in absehbarer Zeit **Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit** droht. Anspruch auf medizinische Maßnahmen der Rehabilitation im Zusammenhang mit einem Pensionsantrag bestehen, wenn vorübergehende Invalidität für zumindest sechs Monate vorliegt.

Wie stelle ich einen Antrag auf medizinische Rehabilitation?

Sollte Ihr:e Arzt/Ärztin die Notwendigkeit einer Rehabilitation feststellen, kann über ihn/sie oder über das Krankenhaus ein Rehabilitationsantrag gestellt werden. Der/die Arzt/Ärztin wird Sie darüber informieren, welcher Versicherungsträger in Ihrem Fall zuständig ist.

Ihr Antrag wurde abgelehnt?

Wird Ihr Rehabilitationsantrag abgelehnt, kann ein neuerlicher Antrag bei wesentlicher Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes oder erneuter Erkrankung eingebracht werden. Da die Rehabilitation nicht zur Krankenbehandlung gehört, haben Sie keinen gesetzlichen Rechtsanspruch darauf. Somit ist eine Kontrolle durch Gerichte nicht möglich.

Wer übernimmt die Kosten meiner Rehabilitation?

Grundsätzlich übernimmt die Pensionsversicherungsanstalt die Kosten Ihrer Rehabilitation. Je nach Einkommen ist eine Zuzahlung der Versicherten vorgesehen. Bei sozialer Schutzbedürftigkeit und einem monatlichen Bruttoeinkommen von weniger als 1.110,26 Euro (Wert 2023) ist eine Befreiung von der Zuzahlung vorgesehen. Für die Dauer der Gewährung medizinischer Maßnahmen der Rehabilitation gebührt Ihnen ein **Übergangsgeld** in der Höhe der Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit. Genauere Informationen dazu finden Sie in der Info-Box auf Seite 27.

Das **Antragsformular** erhalten Sie bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin oder auf der Website der Sozialversicherung. Den Antrag müssen Sie bei Ihrem zuständigen Sozialversicherungsträger oder persönlich in einer der Servicestellen abgeben.





https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.555945&version=1464785608



KURAUFENTHALTE

Unter einem Kuraufenthalt versteht man eine meist mehrwöchige stationäre Aufnahme in einer Kuranstalt mit angebotenen Heilverfahren, die der Erhaltung der Leistungsfähigkeit oder Verminderung der Pflegebedürftigkeit dienen.



Wann habe ich Anspruch auf einen Kuraufenthalt?

Die Kur ist eine freiwillige Leistung der Pensionsversicherungsanstalt, auf die kein Rechtsanspruch besteht und die abhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger ist. Grundsätzlich können Sie zwei Kuraufenthalte innerhalb von fünf Jahren in Anspruch nehmen.

Wie stelle ich einen Kurantrag?

Einen Kurantrag stellen Sie gemeinsam mit Ihrem/Ihrer Hausarzt/-ärztin. Er/sie muss begründen, warum Sie einen Kuraufenthalt benötigen. Die zuständige Pensionsversicherungsanstalt entscheidet über die Art der Maßnahmen und bestimmt die Einrichtung und die Dauer des Aufenthaltes. Da es sich um eine freiwillige Leistung handelt, ist keine gerichtliche Kontrolle der Entscheidung möglich.

Wer übernimmt die Kosten meines Kuraufenthalts?

Eine tägliche Zuzahlung bemisst sich nach den gleichen Bestimmungen wie für Rehabilitationsaufenthalte.

BERUFLICHE REHABILITATION UMSCHULUNG

Wann habe ich Anspruch auf eine berufliche Rehabilitation bzw. Umschulung?

Sollten Sie Ihren erlernten Beruf für mindestens sechs Monate krankheitsbedingt nicht mehr ausüben können, haben Sie Anrecht auf eine Umschulung vom Arbeitsmarktservice.

Berufsschutz

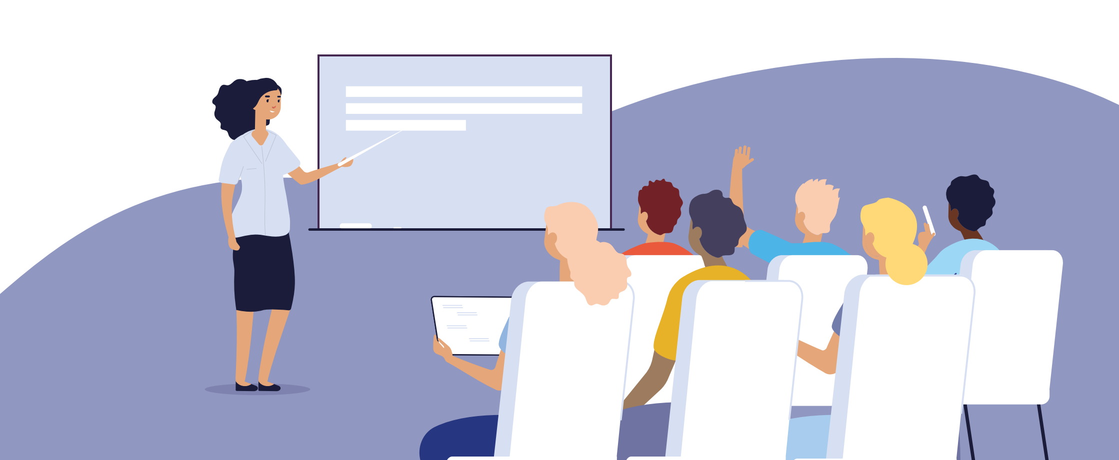
Berufsschutz bedeutet, dass Sie das Recht auf eine hochwertige Umschulung auf bisherigem Ausbildungsniveau (Lehrabschluss, Fachschule etc.) haben.

Die Umschulung findet in einem Bereich statt,

- **der dem Gesundheitszustand entspricht,**
- **in dem es Beschäftigungschancen gibt** und
- **der gemeinsam mit Ihnen ausgesucht wird.**

Welche finanzielle Unterstützung erhalte ich?

Während der Dauer der Umschulung erhalten Sie Umschulungsgeld in der Höhe des Arbeitslosengeldes zuzüglich 22 %.



BEHINDERTENPASS

In Österreich besteht bei Personen eine Behinderung, wenn die Auswirkung einer mindestens 6 Monate dauernden

körperlichen **geistigen** **oder psychischen**

Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere am allgemeinen Erwerbsleben, erschweren.

Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung

1. Um den Grad Ihrer Behinderung feststellen zu lassen, müssen Sie per Post, Fax oder online mit Bürgerkarte oder Handy-Signatur einen Antrag beim Sozialministeriumservice stellen.

   Folgende Unterlagen sind zusätzlich erforderlich:
   - ein färbiges EU-Passbild nach den geltenden ICAO-Vorschriften
   - aktuelle medizinische Unterlagen, z.B. Befunde in Kopie
   - Meldezettel in Kopie

2. Sie werden zu einer ärztlichen Untersuchung eingeladen.
   Wichtig: Nehmen Sie alle Befunde Ihres/Ihrer Facharzt/-ärztin mit.

3. Ihr Antrag wird auf Basis Ihrer Krankengeschichte, Ihrer Befunde und des Ergebnisses der ärztlichen Untersuchung **geprüft.**

4. Sie erhalten ein **schriftliches Ergebnis** Ihres Verfahrens.

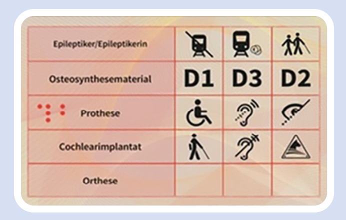
Bei einem Grad der Behinderung von weniger als 50 % wird ein abweisender Bescheid erlassen. Ab einem Grad der Behinderung von 25 % kann ein pauschalierter Steuerfreibetrag beim Finanzamt beantragt werden. Falls das Ergebnis nicht zu Ihrer Zufriedenheit ausfällt, können Sie es gerichtlich prüfen lassen *(siehe Seite 37)*.

Der Behindertenpass

Der Behindertenpass ist ein amtlicher Lichtbildausweis und dient als bundeseinheitlicher Nachweis einer Behinderung. Anspruch auf einen Behindertenpass haben Personen mit Wohnsitz in Österreich und einem Grad der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 %.



Der auf der **Vorderseite** angebrachte QR-Code ermöglicht Menschen mit Behinderung, auf der Website des Sozialministeriumservice nähere Informationen zum Behindertenpass und den einzelnen Zusatzeintragungen abzurufen (§ 1 Abs 2 Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen).



Auf der **Rückseite** werden vorliegende Zusatzeintragungen größtenteils in Form von Piktogrammen vorgenommen. (§1 Abs 6 Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen).

Für folgende Ermäßigungen ist ein Behindertenpass erforderlich:

- **ÖBB - Ermäßigung (50 %)**
- **Kostenlose Jahresvignette (Autobahngebühr)**
- **Zuschuss zur Erlangung der Lenkberechtigung**
- **Vergünstigte Mautgebühren**
- **Parkausweis gemäß § 29 b StVO: Befreiung von den Parkgebühren**
- **Befreiung von der NoVA (motorbezogene Kraftfahrzeugsteuer)**

Einen Antrag für einen Behindertenpass können Sie über das Sozialministeriumservice stellen. Der Antrag und die Ausstellung des Behindertenpasses sind kostenlos. Das Formular ist online verfügbar unter:



https://www.sozialministeriumservice.at/Menschen_mit_Behinderung/Behindertenpass_und_Parkausweis/Behindertenpass/Behindertenpass.de.html



info

ANLAUFSTELLEN

Patienten-/Patientinnenorganisationen Österreich

Wien	**Bundesverband Selbsthilfe Österreich** Lambrechtgasse 5/7 1040 Wien
Wien	**Pro Rare Austria** Schottenring 14, Ebene 2 1010 Wien
Graz	**NANES - Koordinationsstelle, c/o Selbsthilfe Steiermark** Lauzilgasse 25, 8020 Graz



Hier können Sie weitere **Patienten-/Patientinnenorganisationen und Selbsthilfegruppen in Ihrer Nähe** suchen.

https://www.gesundheit.gv.at/service/gesundheitssuche/selbsthilfegruppen.html

info

Patienten-/Patientinnenanwaltschaften Österreich

Burgenland	**Gesundheits-, Patientinnen-, Patienten- und Behindertenanwaltschaft Burgenland** Technologiezentrum Eisenstadt, Bauteil 5 - Erdgeschoß Marktstraße 3, 7000 Eisenstadt Tel: 02682/600-2153 Telefax: 057-600/2171 E-Mail: post.patientenanwalt@bgld.gv.at	**Zuständigkeit** *Spitäler* *Pflegeheime* *Ärzte/Ärztinnen*
Steiermark	**PatientInnen- und Pflegeombudsschaft** Friedrichgasse 9, 8010 Graz Tel.: 0316/877-3350 Fax: 0316/877-4823 E-Mail: ppo@stmk.gv.at	**Zuständigkeit** *Spitäler* *Pflegeheime* *Ärzte/Ärztinnen*
Kärnten	**Patientenanwaltschaft Kärnten** Völkermarkterring 31, 9020 Klagenfurt Tel.: 050536/57102 Fax: 050536/57100 E-Mail: patientenanwalt@ktn.gv.at	**Zuständigkeit** *Spitäler* *Pflegeheime* *Ärzte/Ärztinnen*

Tirol	**Patientenvertretung Tirol** Meraner Straße 5 (1. Stock), 6020 Innsbruck Tel.: 0512/508-7702 Fax: 0512/508-7705 E-Mail: patientenvertretung@tirol.gv.at	**Zuständigkeit** *Spitäler*
Niederöster-reich	**NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft** Landhausplatz 1, Haus 13 (Eingang: Neue Herrengasse) 3109 St. Pölten Tel.: 02742/9005-15575 Fax: 02742/9005-15660 E-Mail: post.ppa@noel.gv.at	**Zuständigkeit** *Spitäler* *Pflegeheime* *Ärzte/Ärztinnen*
Vorarlberg	**Patientenanwaltschaft Vorarlberg** Marktplatz 8, 6800 Feldkirch Tel.: 05522/81553 Fax: 05522/81553-15 E-Mail: anwalt@patientenanwalt-vbg.at	**Zuständigkeit** *Spitäler* *Pflegeheime* *Ärzte/Ärztinnen*
Oberösterreich	**Oö. Patienten- und Pflegevertretung** Bahnhofplatz 1, 4021 Linz Tel.: 0732/7720-14215 Fax: 0732/772021-4355 E-Mail: ppv.post@ooe.gv.at	**Zuständigkeit** *Spitäler* *Pflegeheime*
Wien	**Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft** Ramperstorffergasse 67, 1050 Wien Tel.: 01/5871204 Fax: 01/5863699 E-Mail: post@wpa.wien.gv.at	**Zuständigkeit** *Spitäler* *Pflegeheime* *Ärzte/Ärztinnen*
Salzburg	**Salzburger Patientenvertretung** Michael-Pacher-Straße 36, 5020 Salzburg Tel.: 0662/8042-2030 Fax: 0662/8042-3204 E-Mail: patientenvertretung@salzburg.gv.at	**Zuständigkeit** *Spitäler* *Pflegeheime* *Ärzte/Ärztinnen*

Impressum

FOPI – Forum der forschenden pharmazeutischen Industrie
Herrengasse 6-8/3/5, 1010 Wien • office@fopi.at • www.fopi.at • ZVR-Zahl: 015051098

PHARMIG – Verband der pharmazeutischenIndustrie Österreichs
Operngasse 6, 1010 Wien • office@pharmig.at • www.pharmig.at • ZVR-Zahl: 319425359

(Stand Februar 2023)

AT-7490 10/22

Ihr Recht als Patient:in

Von Diagnosestellung bis Nachsorge

Mit der Broschüre „Ihre Rechte als Patient:in" halten Sie einen praxisorientierten und alltagsrelevanten Begleiter in der Hand, der Ihnen mit wichtigen Informationen und Tipps zur Seite steht.

Wie entscheide ich mich für die richtige Therapie?

Welche Arzneimittel müssen mir von der Krankenkasse bezahlt werden?

Was kann ich tun, wenn ich Pflegebedarf habe?

All das sind Fragen, die im Krankheitsfall auftreten können.
Doch wer beantwortet sie? Gemeinsam mit Frau Dr. Maria-Luise Plank entstand deshalb ein Nachschlagewerk, das alle wichtigen Fragen rund um das Thema „Patienten-/Patientinnenrechte" praxisnah und niederschwellig beantwortet – damit Sie eine Sorge weniger haben und sich voll und ganz auf Ihre Genesung konzentrieren können!







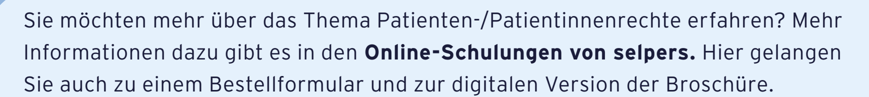










Sie möchten mehr über das Thema Patienten-/Patientinnenrechte erfahren? Mehr Informationen dazu gibt es in den **Online-Schulungen von selpers.** Hier gelangen Sie auch zu einem Bestellformular und zur digitalen Version der Broschüre.



selpers.com/sozialversicherung-und-recht-bei-chronischer-erkrankung

